

フリガナ お名前	様	(男・女)
生年月日 T/S/H	年 月 日生	(歳)
住所 〒	-	
電話番号	()	体重(kg)

●いつ頃から、どのような症状がありましたか？

●熱はありますか？ いいえ はい(°C)

●この症状に対して今まで治療されましたか？(他院受診、市販薬内服など具体的に)

●現在治療中の病気はありますか？

いいえ

はい(病名： 内服薬：)

●今までに病気や手術をしたことはありますか？

いいえ

はい(病名と年齢：)

●飲んで具合が悪くなった薬はありますか？

いいえ

はい(薬剤名と症状：)

●アレルギーはありますか？

いいえ

はい(花粉症、喘息、アトピー、食物、その他：)

●血のつながった方に病気の方はいますか？

いいえ

はい(高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 血液疾患 喘息 脳卒中 がん その他)

●1ヶ月以内の海外渡航はありますか？

国名： 期間： / ~ /

●嗜好品

飲酒 なし あり：()日/週、()合/日 程度

喫煙 なし あり：()本/日、()年間、(喫煙中、禁煙した)

●女性の方 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい(妊娠 ヶ月)

授乳中ですか？ いいえ はい